**平成29年度**

**第2回大阪府医療費適正化計画推進審議会**

**日時：平成29年12月19日（火）午後2時から午後4時**

**場所：大阪府立男女共同参画・青少年センター**

**（ドーンセンター） ５階　大会議室２**

**【事務局】**

定刻になりましたので、平成２９年度「第２回大阪府医療費適正化計画推進審議会」を開催させていただきます。委員の皆様方におかれましては、御多忙のところ御出席を賜り、誠にありがとうございます。開会に当たりまして、大阪府健康医療部長の藤井よりご挨拶をさせていただきます。

**【健康医療部長】**

　健康医療部長の藤井でございます。本日は師走の大変お忙しい中ご参集いただきまして、誠にありがとうございます。先だっての第1回医療費適正化計画の審議会を9月に開催させていただきましたが、府内の医療・健康に係りますデータ分析を行いまして、皆様方にご覧いただきまして、そこから見える課題でありますとか、今後の方向性についてご議論いただきました。本日は、そこでいただいたご意見を踏まえまして、第3期の医療費適正化計画の素案を取りまとめて、ご提示させていただいております。この中で、今後の施策の具体的な内容、また目標値、医療費の見込みの算定式について、本日はご意見をいただきたいと思っております。この医療費適正化計画素案を取りまとめまして、大阪府といたしましては、まず総論的には医療関係者、市町村の皆さん、保険者の皆さんと連携いたしまして、府民の健康づくり、医療の提供体制の整備に努めるということがございます。それに加えまして、次年度以降、特に重点的に取組んでまいりたいと思っておりますのが、市町村や保険者に対しましてデータ分析を通じた健康に関わる課題を分析いたしまして、その内容の提供、あるいは必要な指導・助言を行いまして、好事例を生み出して、好事例を横展開していくということをしていきたいと思っております。また、来年度の国保制度改革に合わせて、健康づくりや医療費適正化に取り組む市町村への重点支援、あるいは府民一人ひとりの行動変容を促す仕組みづくりにも重点を置いて進めてまいりたいと考えております。取組の推進にあたりましては、本日お集まりの皆様方にもしっかりとご意見いただきまして、連携・協力していきたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。第3期の計画改定につきましても、ほぼ折り返し地点を迎えたところでございます。本日限られた時間ではございますが、忌憚ないご意見いただきまして、計画をより内容の濃いものにしていきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。簡単でございますが、私からのご挨拶とさせていただきます。

**【事務局】**

次に、本日ご出席をいただいております委員の皆様を配席順にご紹介させていただきます。

生野委員でございます。

**【生野委員】**

生野です。よろしくお願いします。

**【事務局】**

尾島委員でございます。

**【尾島委員】**

尾島でございます。よろしくお願いいたします。

**【事務局】**

喜多委員でございます。

**【喜多委員】**

喜多でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

**【事務局】**

北垣委員でございます。

**【北垣委員】**

大阪府歯科医師会の北垣でございます。よろしくお願いいたします。

**【事務局】**

木山委員でございます。

**【木山委員】**

木山です。よろしくお願いします。

**【事務局】**

磯会長でございます。

**【磯会長】**

磯です。よろしくお願いします。

**【事務局】**

櫛本委員でございます。

**【櫛本委員】**

櫛本でございます。よろしくお願い申し上げます。

**【事務局】**

武本委員でございます。

**【武本委員】**

武本でございます。よろしくお願いします。

**【事務局】**

福原委員でございます。

**【福原委員】**

福原でございます。どうぞよろしくお願いします。

**【事務局】**

山本委員でございます。

**【山本委員】**

国保連の山本でございます。前回は欠席してすいませんでした。よろしくお願いします。

**【事務局】**

また、事務局につきましては、配席図に記載の庁内関係課が出席しておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。なお、今中委員、山口委員および、本年10月より委員にご就任いただいております全国健康保険協会大阪支部　支部長の小村委員、におかれましては、諸用のためご欠席となります。本日は当審議会委員１３名中１０名の皆様にご出席いただいております。審議会規則第4条第2項より、会議開催のための定足数を満たしておりますことをご報告いたします。

なお本会議は、大阪府情報公開条例第33条に基づき、公開により実施と致しますのでご了承願います。本日の傍聴は2名となっております。また、会議は録音させていただいておりますので、ご了承願います。続きまして、資料のご確認をお願いいたします。お手元の資料をご覧ください。まず、クリップでとめております資料の上から順に次第、委員名簿、配席図、高齢者の医療の確保に関する法律（抜粋）、附属機関条例、審議会規則がございます。次に、資料の右肩部分に資料番号が入っているものとしまして、資料１第３期大阪府医療費適正化計画（素案）、こちら冊子になっているものでございます。資料２第３期大阪府医療費適正化計画（素案）概要版、こちらA3のものになります。資料３医療費の見込みの算定式について。次に参考資料としまして、まずホッチキス止めしております、参考資料１－１「平成２９年度第１回大阪府後発医薬品安心使用促進のための協議会」資料の次第、参考資料１－２同協議会資料の「後発医薬品安心使用促進の取組みについて」、参考資料１－３同協議会資料の記事の掲載について。次に参考資料２としまして、第２期医療費適正化計画における「医療費に及ぼす影響の見通し」と実績値について。そして最後に委員提出資料の小村委員提出資料になります。不足している資料はございますでしょうか。それでは、以降の議事進行につきましては、磯会長にお願いしたいと存じます。どうぞよろしくお願いいたします。

**【磯会長】**

それでは、早速議事に入りたいと思います。まず議題１「第３期大阪府医療費適正化計画における施策および目標値について」ですが、これは、素案の第3章「課題と今後の方向性」等を踏まえた基本方針と、施策の３本柱に基づく取組、そして進捗管理や評価を行うための目標値等をまとめたものになります。議題２「第３期計画期間における医療費の見込みについて」ですが、これは、国の基本方針で規定されている平成35年度の医療費見込みの算出方法に基づき、国から提供された「都道府県医療費の将来推計ツール」を用いて、大阪府の医療費の推計を行ったものになります。それでは、事務局から説明をお願いします。

**【事務局】**

健康医療総務課の上田と申します。座って説明させていただきます。

資料１「第３期大阪府医療費適正化計画（案）」をご用意いただきたいと思います。第１章から第３章につきましては９月の第１回審議会でご審議頂きまして、委員からのご指摘等を反映いたしました。主な点としましては、２０ページの上段の○、「府内市町村国保においては、被保険者の年齢構成にばらつきがあり、６５から７４歳の割合が高い市町村は１人当たり年間医療費が高い傾向にあります。」という部分とグラフを今回追加しています。第１回審議会で委員から市町村国保について、高齢者が多いか少ないかによって医療費に影響が出るのではないかというご指摘を受けて分析を行ったものです。次に、５８ページの「課題と今後の方向性」についてです。学校との連携の必要性・教育の必要性についてご意見をいただきました。これを受けまして、「１．生活習慣病の重症化予防等」の今後の方向性の一つ目の○ですが、「若いころからの継続的な健康づくりや発症予防、疾病の早期発見を促進するため、保険者、事業者、医療関係団体、学校等と連携し」としています。また、５９ページ、「３．健康医療情報の効果的な発信」の二つ目の○ですが、「大阪府・市町村・保険者・医療関係者等が、相互に連携し、府民に対し、重症化予防及び適正受診・適正服薬、医療保険制度の仕組み等の情報発信や健康教育を強化していく必要があります。」としています。次に、６０ページ「第４章目標と目標実現のための施策」について説明いたします。計画の基本理念ですが、国の基本方針を参考としつつも、大阪府の医療費の分析結果を斟酌して、「府民の生活の質の維持・向上に資する適切な医療の効率的な提供」、「高齢化に伴う医療費の伸びへの対応」、「医療費の地域差縮減に向けた取組」としております。目標につきましては、６１ページ中段にあるとおり、本計画における目標設定にあたっては、国の基本方針における目標や第３章「課題と今後の方向性」及び府のこれまでの取組等も踏まえ、府として目指すべき目標を定めるとともに、保険者別などに設定することが可能な目標については設定を行います。また、目標に向かって行う各施策の取組状況で数値化が可能なものについては指標を設定し、毎年度この審議会で報告することで、進捗状況を管理するものとします。個別の目標設定については後ほど説明いたしますが、６４ページ以降にあります「２．目標と目標実現のための施策」に記載しています。施策につきましては、「生活習慣病の重症化予防等」「医療の効率的な提供の推進」「健康医療情報の効果的な発信」を３つの柱としています。施策推進にあたっては、「市町村や保険者、医療の担い手等との積極的な連携」、「市町村国保に対するインセンティブ強化」、「健康づくりに取り組む被保険者への支援」に取り組むこととします。具体的な施策については６４ページ以降に記載しておりますが、本計画につきましては第７次大阪府保健医療計画や第3次大阪府健康増進計画、第3期大阪府がん対策推進計画、大阪府高齢者計画等の関連計画と整合を図ることとされており、それらの計画が検討中ですので、引用している箇所については今後修正があります。本日以降、パブリックコメントまでに改めて各委員にはご説明させていただきたいと存じますのでどうぞよろしくお願いいたします。６４ページをご覧ください。施策１－１特定健診・特定保健指導の実施率の向上ですが、ここでは施策１－１－１保険者が行う受診勧奨等への支援と、施策１－１－２働く世代の受診率向上と若年期からの啓発に取り組みます。施策１－１－１としまして、保険者が行う受診勧奨等への支援を記載しています。今後の府の取組の方向性として具体的には、受診意欲を高めるインセンティブ事業の推進や保険者間の連携や人材育成を通じた保険者機能の強化、行動変容プログラムの提供等を通じた効果的な特定健診・保健指導への支援を行います。続きまして、施策１－１－２としまして、働く世代の受診率向上と若年期からの啓発を記載しています。働く世代の受診率向上に向けた取組、若年期からの健診受診に関する啓発の実施に取組みます。施策１－１特定健診・特定保健指導の実施率の向上に関する２０２３年度におけるアウトカム目標として、４０歳から７４歳までの特定健康診査受診率を７０％以上、特定保健指導実施率を４５％以上とする目標を設定いたしました。保険者別での目標は記載のとおりです。また、進捗管理では、アウトカム目標に設定している数値のみならず、施策に関する取組状況を報告するとともに、インセンティブ事業に取組む市町村数や行動変容プログラムを活用している市町村数、がん検診と特定健診の同時実施を行う市町村数、特定健診受診率が全自治体の上位３割を達成している市町村数、特定保健指導実施率が全自治体の上位３割を達成している市町村数という、数値化が可能なものについては毎年度の進捗管理のための指標として設定しています。６６ページをお開きください。施策１－２早期受診や治療の継続等により、重症化を予防するための取組として、施策１－２－１保険者が行う重症化予防の取組への支援、施策１－２－２医療連携による重症化予防、施策１－２－３啓発による重症化予防の推進を記載しています。６６ページ施策１－２－１では、ハイリスク者への重点的アプローチの実施、未治療者や治療中断者に対する特定保健指導の促進、有病者に対する保健指導プログラムの開発・提供を行っていきます。施策１－２－２では、糖尿病連携手帳の活用等による連携体制の充実を図るとともに地域医療連携の推進に努めます。施策１－２－３では、糖尿病の重症化予防に向けた啓発、府民への啓発を行っていきます。アウトカム目標としましては、糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数を1,000人未満、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合を平成２６年度比で２５％以上減少、の２つを設定しています。取組状況に係る指標につきましては、糖尿病性腎症重症化予防事業を実施する市町村数を設定しています。次の６８ページでは、高齢者の重症化予防の取組として、施策１－３－１保険者・市町村が行う取組への支援を記載しています。高齢者の健康づくりや疾病予防に関する取組への支援やフレイル対策・介護予防の推進への支援を行います。高齢者の重症化予防の取組につきましては、検討いたしましたが、数値化が可能なアウトカム目標・取組状況の指標が適切に設定できませんでしたので、記載しておりません。６９ページでは、施策１－４生活習慣と社会環境の改善として、施策１－４－１職場や地域における健康づくりへの支援、７０ページ施策１－４－２たばこ対策、施策１－４－３歯と口の健康について記載しています。６９ページ施策１－４－１では、職場における健康づくり、地域における健康づくり、ＩＣＴ等を活用した健康情報等に係る基盤づくり、多様な主体の連携・協働を行っていきます。施策１－４－２では、喫煙率の減少、受動喫煙の防止に取り組んでいきます。施策１－４－３では、学齢期における啓発の推進、働く世代への歯科健診の受診勧奨等の推進、高齢者への啓発の促進、多様な主体と連携した取組みを行っていきます。施策１－４生活習慣と社会環境の改善に関するアウトカム目標としましては、健康づくりを進める住民の自主組織の数を増加させること、成人の喫煙率を男性１５％以下、女性５％以下、敷地内禁煙の割合（私立小中高等学校）１００％、建物内禁煙の割合（官公庁／大学）１００％、受動喫煙の機会を有する者の割合職場０％、飲食店１５％以下、過去１年間に歯科健診を受診した者の割合（２０歳以上）５５％以上、８０２０達成状況が４５％以上を設定しています。７２ページをご覧ください。施策２として、がんの予防及び早期発見を記載しています。施策２－１としてがん予防啓発の推進、施策２－２がん検診受診率の向上、７３ページ施策２－３がん検診の質の向上を記載しています。７２ページ施策２－１では、がん教育の推進、様々な主体と連携した普及啓発に取り組みます。施策２－２では、科学的根拠に基づく啓発の促進、個別受診勧奨や健診との同時実施など効果的な受診勧奨への支援を行っていきます。施策２－３では、精度管理に取組んでいきます。施策２がんの予防及び早期発見に関するアウトカム目標としましては、がんによる死亡率、がん検診受診率胃がん４０％以上、大腸がん４０％以上、肺がん４５％以上、乳がん４５％以上、子宮がん４５％以上、がん検診精密検査受診率の３つを設定しています。まだ数字が入っていないものについては、現在策定中の第３期大阪府がん対策推進計画において数字が定まった段階で、こちらにも反映させたいと考えております。取組状況に係る指標につきましては、がん検診と特定健診の同時実施を行う市町村数を設定しています。７４ページをご覧ください。施策３、医薬品の適正使用です。施策３－１薬局や医療機関における服薬管理の推進、施策３－２府民の適正服薬にかかる知識の普及、７５ページ施策３－３保険者等が行う適正服薬の取組みへの支援を記載しています。７４ページ施策３－１では、かかりつけ薬剤師・薬局の普及、医療機関と薬局の連携強化に取り組んでいきます。施策３－２では、府民を対象とした啓発活動を行います。施策３－３では、保険者が行う適正服薬の取組に対し、広域的・専門的見地からの支援を行います。施策３医薬品の適正使用に関するアウトカム目標としましては、重複投薬にかかる調剤費等を平成２５年比で半減、多剤投薬にかかる調剤費等を平成２５年比で半減の２つを設定しています。取組状況に係る指標につきましては、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料届出数、在宅患者調剤加算の届出数、適正服薬にかかる取組を行う市町村数を設定しています。７６ページをご覧ください。施策４として、後発医薬品の普及・啓発の推進を記載しています。施策４－１府民や医療関係者への情報提供、施策４－２保険者等の後発医薬品使用促進の取組みへの支援を記載しています。施策４－１では、患者への説明の促進、使用率の高い薬局の事例収集と好事例の普及、協議会による後発医薬品使用促進のための環境整備に取組みます。この協議会ですが、先週の木曜日に今年度第１回目の協議会が開かれましたので、協議概要を報告いたします。参考資料１―１をご覧ください。協議会では（１）後発医薬品をとりまく状況について、（２）大阪府医療費適正化計画における後発医薬品の施策について、（３）後発医薬品安心使用促進の取組について協議されました。（１）後発医薬品をとりまく状況については、後発医薬品の使用割合について、府内市町村別、処方せん発行元医療機関別・制度区分別、薬効分類別の状況や、切替効果額、年代別使用割合、後発医薬品の差額通知の活用状況、先発医薬品から後発医薬品に変更したきっかけ、一般名処方の発行経験、後発医薬品調剤体制加算の見直しによる影響について事務局から説明し、意見交換を行いました。（２）大阪府医療費適正化計画における後発医薬品の施策については、第３期医療費適正化計画における後発医薬品の記載案についてご意見を伺いました。（３）後発医薬品安心使用促進の取組については参考資料１―２になりますが、患者、医師・歯科医師、病院、薬局、後発医薬品メーカー・医薬品卸のそれぞれの主体ごとの課題や取組内容、今後の取組について意見交換を行いました。例えば２ページの病院に関する課題では、処方されている薬の銘柄がわからないことに対する不安があるため、一般名処方に対し抵抗感があるといった課題があるため、府としては、診察時にもお薬手帳と薬剤情報提供所を持参するように患者に対して啓発することや、参考資料１―３をご覧ください。このような内容を各団体の広報誌に掲載していただくことで、病院内でも情報共有体制について確認をお願いするというものです。以上が、今年度第１回目の後発医薬品安心使用促進のための協議会の概要です。資料１に戻らせていただきます。７６ページです。施策４－２では、市町村国保保険者が行う後発医薬品使用促進の取組みへの支援を行います。施策４後発医薬品の使用普及・啓発の推進に関するアウトカム目標としましては、後発医薬品の使用割合が数量ベースで８０％以上としています。取組状況に係る指標につきましては、後発医薬品に切り替えた場合に削除できる自己負担額を被保険者へ通知する取組を行った市町村数、後発医薬品の使用割合上昇率が前年度比で３％以上増加または使用割合が８０％以上の市町村数を設定しています。７８ページをご覧ください。施策５として、療養費の適正支給の取組を記載しています。施策５－１保険者等が行う適正化の取組みへの支援、施策５－２指導・監査等の適切な実施を記載しています。施策５－１では、保険者等が行う適正化の取組みへの支援、施策５－２では指導・監査等の適切な実施に取組みます。施策５療養費の適正支給に関するアウトカム目標としましては、療養費１件あたりの医療費を全国平均に近づけるというものを設定しています。７９ページをご覧ください。施策６として、医療機能の分化・連携、地域包括ケアシステムの構築を記載しています。施策６－１地域医療構想に基づく機能分化・連携の推進、施策６－２在宅医療・地域包括ケアシステムの推進を記載しています。施策６－１では、計画的な病床機能分化・連携の促進、病床転換への支援、地域医療の充実に向けた連携策の推進を行っていきます。施策６－２では、在宅医療サービス基盤の確保、在宅医療・地域包括ケアシステム推進のための連携体制の充実、在宅医療推進のための人材育成に取組んでまいります。施策６医療機能の分化・連携、地域包括ケアシステムの構築に関するアウトカム目標としましては、病床機能報告における回復期病床の割合を３０．９％を目安に増加、訪問診療件数、在宅看取り件数、介護支援連携指導料算定件数の４つを設定しています。数字が入っていないものにつきましては、策定中の第７次大阪府保健医療計画において数字が定まりましたら、こちらにも反映させる予定です。８１ページをご覧ください。施策７として、医療費の見える化・データヘルスの推進を記載しています。保険者におけるデータに基づく保健事業等への支援、府民の健康情報の収集の促進を行ってまいります。施策７医療費の見える化・データヘルスの推進に関するアウトカム目標としましては、データヘルス計画を策定し、それに基づく取組を実施している市町村数全市町村を設定しています。８２ページをご覧ください。施策８として、府民への情報発信の強化を記載しています。医療費適正化に関する情報発信の強化、医療機能に関する情報提供の強化、早期治療・重症化予防に係る普及啓発、保険者や民間企業等との連携体制の構築に取り組んでまいります。府民への情報発信の強化につきましては、検討いたしましたが、数値化が可能なアウトカム目標・取組状況の指標が適切に設定できませんでしたので、記載しておりません。なお、８４ページ、アウトカム目標に関する総括表では、これまでの目標値の変遷等を記載しておりますが、主な変更点としては、８４ページ(1)③糖尿病者数を重症化予防の観点から年間新規透析導入患者数としたこと、８５ページ(2)①医薬品の適正使用、③病床機能報告、④在宅医療、(3)①データヘルスについて新規で追加、(2)②ジェネリックについては数値目標の設定、その下、平均在院日数については目標値から削除しています。

以上が第４章目標と目標実現のための施策についてでございます。第４章では、府内保険者等の保健事業等の先進事例・好事例のいくつかを紹介するため、コラム欄を設ける予定です。つづきまして、第５章計画期間における医療費の見込みについてご説明いたします。８６ページをお開きください。高齢者の医療の確保に関する法律第９条では、計画の期間における「医療に要する費用の見込み」に関する事項を定めるものとされ、基本方針では、２０２３年度の医療費の見込みの具体的な算出方法を規定しています。大阪府では、国から提供された「都道府県医療費の将来推計ツール」により、大阪府の医療費の推計を行いました。入院外医療費は、医療の高度化や高齢化等の影響による伸び率を加味した自然体の医療費の見込みから、①特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上による効果、②後発医薬品の使用促進による効果、③地域差縮減に向けた取組である糖尿病の重症化予防の取組、重複投薬の適正化および複数種類医薬品の投与の適正化の効果を控除した額とされています。次に、入院医療費につきましては、平成２８年３月に策定しました大阪府地域医療構想において設定した平成３５年度の二次医療圏単位の病床機能区分患者数の見込みに各一人当たり医療費の推計額を乗じ、これに精神病床、結核病床及び感染症病床に関する医療費を加えた額とされています。なお、病床機能の分化・連携に伴う在宅医療等の増加分については、入院外医療費の推計額に含まれていません。この点は後ほど説明いたします。

８８ページをお開きください。これらの方法により推計した大阪府の２０２３年度の医療費の見込み額は、３兆８，７７６億円と見込まれます。入院が１兆６，３３６億円、入院外が２兆２，４４０億円の見込みとなっております。８９ページでは、入院外医療費における適正化効果額の内訳を記載しています。なお、推計ツールにおいては、平成35年度に達成を目指す目標値であっても、計画初年度から目標を達成した場合の適正化効果額を算定することとなっており、平成30年度から34年度までの効果額は当該年度に実際に達成すべき目標額よりも大きく設定されています。この点につきましては、国に問い合わせているところですが、基本方針では2023年の見込みを行うこととのみされていますので、2018年度から2022年度までの数値を記載するかどうかは今後検討したいと考えております。資料３をご覧ください。医療費の見込みの算定について、都道府県に一定裁量が与えられているものがあります。まず、病床機能の分化・連携に伴い増加することが見込まれる在宅医療等にかかる医療費を推計として盛り込むかどうかです。国の基本方針では、現時点では移行する患者の状態等は明らかではなく医療費の推計式は示されておりません。ただ、都道府県が独自に推計を行うことは可能、とされております。そこで、府として在宅医療等の増加分を独自に推計するかどうかを検討いたしました。国においては、３期計画の評価の際に所要の分析を行うとされていること、在宅医療等にかかる足元単価の設定が困難であることから、今回の推計には盛り込まないこととしたいと考えております。次のページをお開きください。論点②後発医薬品の普及率について、推計ツールでは、入院についても独自施策として効果額を反映させることができるとされております。しかし、大阪府では現時点では入院に特化した後発医薬品の対策については予定がなく、入院の効果額としては設定しない方向で考えております。論点③特定保健指導による効果額です。国の考えでは、１人当たり単年度で６，０００円効果があるとされており、この値については今後も検証されていくことになっておりますので、府としてもこの値を用いることとしたいと思っております。論点④糖尿病にかかる４０歳以上の人口一人あたり医療費の縮減率についてです。大阪府は全国平均よりも下回っており、任意の縮減率を設定することとなっていますが、国の基本方針では、全国平均を上回る都道府県の中で全国平均に近い都道府県と同等程度の効果が期待されると仮定した推計などを行うのが望ましいとされていることから、当該縮減率を1.1％としたいと考えております。また、この値につきましては、本計画では、生活習慣病の重症化予防にかかる目標として、糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数を1,000人未満を設定しており、それを達成した場合の効果額の平均は概算で年間約１３億円と見込まれまして、この値を医療費縮減率でみると概ね１％にあたりますので、重症化予防及び早期発見等の観点も踏まえ、1.1％という値は妥当なところと考えております。次ページをお開きください。論点⑤重複投薬の適正化効果についてです。国基本方針では、平成25年10月時点で３医療機関以上から重複投薬を受けている患者数を基に平成35年度の入院外医療費ベースに推計した数値について半減させる効果額を見込むこととされていますが、都道府県において独自に目標を上乗せし、２医療機関以上とすることも可能となっております。しかし、２医療機関から同じ薬効の薬を処方される事例は、例えば夜間に救急で診療を受けて薬を処方され、翌日にかかりつけ医を受診して同じ薬効の薬を処方される場合や、医療機関が連携して治療を行うために患者紹介を行った場合も含まれますので、国基本方針どおり、３医療機関以上とするのが妥当と考えております。論点⑥複数種類医薬品の適正使用対象とする１人当たりの投薬種類数についてです。国基本方針では、平成25年10月に同一成分の医薬品を15種類以上投与されている65歳以上の患者数を基に平成35年度の入院外医療費ベースに推計した数値について半減させる効果額を見込むこととされていますが、都道府県において独自に目標を上乗せし、６種類以上投与されている場合とすることも可能となっております。しかし、現在国において高齢者医薬品適正使用検討会が設置され、多剤服用に関する適正使用のガイドラインの策定に向けた検討が進められている状況でして、このガイドラインの策定状況等を踏まえ、第３期計画中に変更・追加することが検討されています。このことから、現時点では国基本方針どおり、１５種類以上とすることが妥当と考えております。最後に、論点⑦独自施策ですが、国基本方針では、都道府県の独自の取組を行っている場合については、その取組の効果について都道府県において必要に応じて織り込むこととされております。しかし、都道府県や保険者等において一定程度普及し、かつ、地域差縮減につながる効果が一定程度認められる取組については、国において追加を検討するとされていることなどから、府独自の取組にかかる効果は織り込まないこととしたいと考えております。次に、参考資料２第２期医療費適正化計画における「医療費に及ぼす影響の見通し」と実績値について参考としてご説明します。第２期計画では、国の基本方針に基づき、自然体の医療費見込みから、メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少率を２５％以上とすることによる影響及び平均在院日数を２８．５日にすることによる影響を見込むこととされておりました。その試算値としては平成２７年度で3兆2,255億円、実績値としては3兆2,193億円となっています。資料１にお戻りください。９０ページ、第６章計画の推進及び評価です。計画の推進については、（１）大阪府医療費適正化計画推進審議会の設置ということで、本審議会を引き続き設置し、本審議会において毎年度、実施状況を検証し、委員からの意見を踏まえ計画の効果的な推進を図ります。また、計画期間の最終年度である平成３５年度に行う計画の進捗状況に関する調査及び分析についての検討並びに計画期間終了の翌年度である平成３６年度に行う実績評価についての検討を行います。（２）では、関係機関等の役割分担を記載しています。府民、府、市町村、保険者、医療の担い手等についてです。イ府では、保険者協議会等の場も活用した主体的な取組、データ分析や好事例の創出・横展開、国保の財源を活用した市町村への評価・配分の仕組みの構築、府民自身の疾病予防・健康づくりへのインセンティブの仕組みづくりの検討など、本計画を通じた府の取組強化について記載しています。最後に、計画の評価ですが、（１）進捗状況は年度ごとに公表していきます。（２）計画期間の最終年度には、計画の進捗状況に関する調査及び分析を行い、その結果を公表します。（３）計画期間終了の翌年度には、目標の達成状況を中心とした実績評価を行い、その内容を公表いたします。以上が資料１、資料３の説明になります。次に、資料２についてです。Ａ３の１枚ものです。こちらは、本計画の概要版になっております。記載の内容については、資料１の概要ですので、中身の説明は割愛させていただきます。今後の、パブリックコメント、市町村意見照会の際などに使用する予定です。次に、委員提出資料をご覧ください。本日ご欠席の小村委員から提出された意見です。１平成３０年からの６年間の計画の位置づけで、６０ページより、目標と目標実現のための施策が展開されていますが、大阪府の現状（医療費や受療行動等）を前提とし２０２５年が近接する期間での計画を具体化するために、大阪府として医療機関・保険者と連携した取組みを打ち出すべきと思います。例えば、特定健診受診率・特定保健指導実施率・がん検診受診率・後発医薬品の使用割合等は低いという課題に対して、目標値は設定しているが、６年間の具体的なマイルストーンを置いて提示していただきたい。２今回策定の医療費適正化計画と保健医療計画・健康増進計画との連携・補完等を網羅して、立ち位置と関係性をお示しいただきたい。以上の小村委員の意見に関しまして、事務局としましては、貴重なご意見と受け止めております。まず、１につきましては、府として医療関係団体や保険者の皆様と連携した取組を進めてまいりたいと考えており、平成３０年度事業の予算要求においても検討しているところでございます。具体的な内容につきましては、次回の審議会において、主な事業をご紹介させていただきたいと思っております。次に、２につきましては、本計画と保健医療計画・健康増進計画との連携・補完等の関係性等を計画の中に追記したいと考えております。以上が資料の説明になります。本日いただきますご意見は、事務局にて整理のうえ、素案に反映させていただき、改めて各委員の皆様にご説明させていただく予定でございます。その後、１月下旬頃より市町村や保険者協議会への協議、パブリックコメントを実施する予定ですので、どうぞよろしくお願いいたします。以上で、説明を終わらせていただきます。

**【磯会長】**

ありがとうございました。それでは、委員の皆様からご意見を伺いたいと思います。ただいまの事務局からの説明につきまして、膨大な量ですので、章ごとに分けてご意見をいただきます。まず、素案の第４章「目標と目標実現のための施策」60ページからについて、ご意見はございませんか。

**【武本委員】**

　生活習慣病の重症化予防、65ページですが、アウトカム評価でインセンティブとして高めるということですが、目標値が非常に難しいながらもきっちりと挙げられていると思ったのですが、医療費適正化計画の中で目標値に対する目標推計額も医療費適正化計画の推計見込み医療費の中にあげるなら、これだけのパーセントを上げたら医療費としてどれだけ下がるかを記載される予定はあるのでしょうか。

**【事務局】**

　医療費に及ぼす影響ということでよろしかったでしょうか。89ページをご覧いただきたいと思います。適正化効果額という形でそれぞれの適正化した場合の効果額を記載しておりまして、

一番上の段ですけれども、特定健診等の実施率の向上ということで効果額をあげさせていただいているところでございます。こちらにつきましては、先ほどご説明させていただいたように、1件あたり、健診を受けられてその後保健指導を受けたことで6000円の効果があるものと見込むということで推計させていただいております。

**【武本委員】**

　特定保健指導等々の推計額は資料の33ページ、特定健診受診率と一人当たり年間医療費は明らかに逆相関を示していて、大体ここで推計できるはずです。しかもｐが0.001ときちっとした相関を示しています。市町村で特定健診の目標をここまで上げれば、医療費適正化の効果額もこれだけ上がると示してあげるといいのではないかと思いました。私たち医師会や医療者の立場から、不幸の数を減らすことに対する医療費適正化は了解しますが、発生した不幸に対し、その増大を抑えるための医療費適正化には反対です。予防効果は重点的にやっていただきたいと思います。

**【磯会長】**

　今の武本委員の話ですけれども、これは87ページの試算の算定式のことでよろしいですか。

**【事務局】**

　はい、そうです。国の6000円とありますのが、今、会長が仰っていただきました87ページの（イ）のところで、特定保健指導による効果額という形で平成20年度に特定保健指導を受けた者と受けていない者の年間平均医療費の差6000円、これを単価を乗じて計算をしたものというところでございます。武本先生が仰っておられるのは、保健指導ではなくて前段階での特定健診での効果額も入れるべきではないかというご意見かと思いますが、33ページに、一人当たり年間医療費というのが都道府県ごとのものになっておりまして、確かに相関関係はあるのですけれども、受診率が何％上がったら医療費が直ちにこれぐらい下がるという、なかなかこの単価につながるようなエビデンスまでは不足しているということで、今回は国の基本方針で示されている6000円を採用させていただきたいと考えております。

**【磯会長】**

　確かに33ページにある表は集団ごとの比較なので、それ以外のいろいろなファクター、そもそも特定健診受診率が高いところは他の健康に関する意識が高いとか、医療資源が充実してるとかいろいろありますので、ただし個人1対1には対応できないと、そういう説明でよろしいですか。

他にございませんか。

**【武本委員】**

　76ページの後発医薬品使用の啓発で、平成29年度第1回大阪府後発医薬品安心使用促進のための協議会でも申し上げているのですが、なかなか文言の中に反映するのは難しい。後発医薬品については明らかにアウトカムベースを上げるというよりは、後発医薬品の見直しをきっちりとしてもらいたいと、ずっと申し上げております。それは後発医薬品体制に関して、医療側・患者側・薬務側・病院側のいろいろなところで大きなストレスを感じて後発医薬品の使用率を80％に上げる努力をしてきていますが、今は65％ですけど。元々は特許の切れた先発医薬品を後発医薬品と同じ薬価にすれば、こういう努力は不要になる。例えば保険者が実施する後発医薬品を使ってくださいという通知も郵便代がかかる。我々に関しても会議の中の労力、それから国の労力、都道府県の労力を考えると、薬価を同じにすると後発医薬品使用の目標数値を80％にしなくても済む。医療側も先発、後発関係なくストレスなく使う状況ができる。患者さんもストレスなく使う状況ができる。これを1日も早く実現することで、後発医薬品を使うことではなしに、医薬品の適正使用による医療費適正化ができるとずっとお願いしております。ぜひこの審議会の中でもコンセンサスを得ていただければ有り難いと感じております。

**【磯会長】**

　これは国全体の制度設計を変え、後発医薬品という考え方を取り払って、特許が切れたところは薬価を同一にしていくべきというご意見ですが。これはこの審議会というより、国全体の話でしょうか、事務局いかがですか。

**【事務局】**

　薬価の問題につきましては、国において開発にかかる費用等も勘案して決められているところですけれども、大阪府としましては、今、この後発医薬品という制度があることを前提としましたら、後発医薬品だから使いたくないということがないように、例えば飲みやすさの工夫をしているとか、安全性に関する情報提供の状況について啓発等もさせていただきまして、府民の皆様や医療関係者の皆様が安心して使っていただけるように努めていくしかないというところでございます。

　40ページの頻回受診に関する項目について、レセプトデータそのままでは特定の主病による頻回受診という誤解が生じるので、本文（イ）の下から2行目で、「本集計ではレセプトデータに記載の主傷病名及び副傷病名を集計しているために、主傷病のみの受診回数を表しているものではない」と付記していただきました。例えば高血圧とか糖尿病による頻回受診ではないですよということです。

**【磯会長】**

　この2行が追加されているということですか。

**【武本委員】**

　はい、それが変わっているということです。

**【磯会長】**

　他にございませんか。

**【武本委員】**

　正しくないことに対して下から声をあげていかないと、いつまで経っても改善されません。先発医薬品メーカーがオーソライズドジェネリックとして子会社に製造法を教えて作らせて、安い値段で売ることが実際に行われている制度の下で、何故そこまでして我々が後発品使用に努力しないといけないのか非常に疑問であり、矛盾を解消してほしい。患者さんに対しても医療行為責任がございます。この薬は本当に自分たちが自信を持って処方したというところを担保できるようにして、医療費が適正化できるような制度にしていただかないと、本当に心が苦しい。制度的に皆さんがおかしいと思っているところは、皆さんで大きな声を出して言っていくことが必要ではないかと、あえて公式の場で発言させていただきました。

**【磯会長】**

　この会議でもそういった意見があったことは記録していただきたいと思います。

**【尾島委員】**

後発医薬品について、武本先生の仰ることに私も全く同感と思っています。例えば薬価が100円だったものが、メーカーもそれでプラスになるわけですし、処方されるドクターも患者さんも国の保険料も保険者さんも我々薬局も、全てプラスになるような方策があるということを私も思ってまして、それは日本薬剤師会においても、国レベルですので日本医師会・歯科医師会・薬剤師会、プラス行政、大阪府なり都道府県が声を上げていかないといけないと、私も同感で思って聞いておりました。ただ、この場でお話しさせていただく後発医薬品の普及とか啓発の促進については、協議会が設置されて、この協議会のものを受けて進められていくのだろうと思うのですが、この協議会の場でどのような話しがあったのかは分かりませんが、特に思うのは公費の患者さんです。特に、行政は生活保護の患者さんには後発医薬品を結構使うようされておりますが、それ以外の公費の患者の方、例えば障がいを持たれている方、あるいは子供さんとか。店頭でお母さんに説明をさせていただくと、お母さん自身の薬は後発医薬品でいいと、ワンコイン制度といってワンコインだけで全ての薬がもらえるが、ただ、子供は先発品にしてねという話しが結構多いんですよ。私が思うのは、小さい時から後発品に慣れてもらわないと、その子供さんが大きくなった時に、慣れていたら受け入れも早いだろうと思うので、公費を生活保護の患者さんだけではなくて、違う公費を持たれている患者さんにも、このジェネリック医薬品、後発医薬品を推進するような施策を行政で考えてくれたら有り難いなと思っています。

**【磯会長】**

　他にご意見等ございますか。

**【木山委員】**

　国が定めているといいますか、公的に定められている指標なので仕方がない部分もあると思うんですけど、84ページに出ていますが、特定健診の目標値は第1期も70%、第2期も70%、第3期も70%と、特定保健指導が45、45、45と。ただし、現状でも特定保健指導は11.1%、4分の1以下というような指標でなければいけないというであるならば、どうやってこれに近づけていくかということになりますと、64ページのところでですね、特定健診・特定保健指導の実施率の向上というところに、保険者が行うというところはあるんですけれども、実は我々行動変容事業とかに携わっています、やはり先生方の支援というのが非常に大事なのかなというふうに思っています。内科とかの先生方であれば健診受けるか、とすぐに話しを出していただけるかと思うんですけど、眼科や耳鼻科や皮膚科や整形にかかっている患者さんというのは、どういうふうにして特定健診を受けておられるのかなと。やはり専門でない先生方であると、なかなか受けるかと言っても、あとの指導はどうすんねんと、難しいということもあろうかと思います。我々アンケートとか見てますと、医療機関にかかっているから特定健診受けんでええねんというふうに返答される方は非常に多いんですね。ですから、やはりそういうところで先生方から誰々先生のところで健診受けてくるか、というように医療機関同士の連携があれば、もっと受診率が向上せんかなと思うところがあります。それと同時に、やはり特定保健指導についても、あんたこれ引っかかってるからちゃんと保健指導受けなあかんでと、一言添えていただくだけでも、かなり違ってくるんじゃないかなというように思います。それともう一つは、特に保健指導というのは結果説明会をきちんとやることによって、その時に同時に保健指導を行う、初回面接を行うというのは非常に有効だと考えておりますので、その辺りの仕組み作りというところも、誰かが説明せなあかんと、誰が説明すんねんという話になりますと、やはり先生方から説明いただくと非常に浸透しやすい。その結果説明の場を市町村なりが設定して、先生方から説明していただいて、ちゃんと保健指導対象者は受けてくださいよ、というような話になると、そこから初回面接につながりやすいと思います。ぜひとも、先生方のご協力が得られれば、もうちょっとこの数値に近づけへんかなと思っております。その辺よろしくお願いしたいと思います。

**【磯会長】**

それをどうやって制度的にやるかということですね。

**【武本委員】**

　先日も保険者の事務代表との懇談があり、特定健診・特定保健指導を高めるかを議論し、先生が仰ったように、医療機関で診てもらってるから特定健診を受けなくていいよというのをなくしてほしいと保険者から話がありました。我々、当然そのようになっていると思っていたのですが、そうではないところがありますと。眼科とか耳鼻科とかなど内科でない先生のところで、どうやって特定健診を勧奨するのかも今後の課題ですが、まず、医療機関にかかっていても科目と違うところでの健診は思わぬ病気を見つけることができるし、例えば内科にかかっていても、糖尿病を疑ってないのにHbA1c検査をすると査定されるので、特定健診をされた方がいいのではないですかというお話をさせていただくなど、保険者と一緒になって浸透させる必要があると思います。それと、医療機関側から患者さんへの働きかけ、ないしは患者さんの家族も連れておいでと、なぜですかと言われると、病気を早く見つけて重症化予防するためですよと言うと、納得していただけると思いますので、ここのところは保険者さんと医療機関側がもっと連携し、今までは保険者から通知で受診勧奨してくださいとなっていたものを、医療機関側もいろいろなことを考えていかないといけないと思います。

**【北垣委員】**

　確認だけなんですが、71ページの一番上の口腔ケアというのはこれは統一でしたか。あと、高齢者への啓発促進で、我々がいつも使う咀嚼という言葉を使っていただいているのですが、摂食・咀嚼・嚥下という3つの言葉を入れていただけたらなと思います。

**【磯会長】**

　そのように修正と確認をお願いします。

**【事務局（健康づくり課）】**

　口腔ケアという文言につきましては、口腔の健康管理といった点で入れているのですが、この文言につきましては、もう一度事務局の方で確認と精査をさせていただきます。高齢者への啓発の促進にかかるところで、咀嚼という文言に関連して、摂食・咀嚼・嚥下というキーワードをというご意見ちょうだいしました。この点につきましても、事務局の方でこの文言を入れる方向で調整させていただきます。

**【武本委員】**

　素案の中の79ページの施策6の医療機能の分化・連携、地域包括ケアシステムの構築で、これは国の第7次医療計画にも反映して、都道府県にも反映して、2025年に関して医療のあり方の決定的な改革ということで出ているところですが、地域医療構想の実現に向けて病床機能の実態を分析の上、2025年における病床数の必要量の機能区分ごとの割合に、現在の病床機能を近づけていく必要があります。資料13ページの地域医療構想の達成の推進について、内閣官房の推計で急性期医療が多くて回復期が少ないという資料は、2017年9月の厚生労働省地域医療構想課から間違った推計ですという連絡通知が来ており、地域医療構想のこの資料は使わないでくださいという話になっております。現在ある機能区分をきちっと評価して、その評価に基づいたあるべき病床機能を地域医療構想の中で考えて打ち出していくということで、文言を訂正しないと齟齬が生じます。もう一点、地域包括ケアシステムを進めるにあたって、地域の中で例えば大学病院で治せないような複数疾患を持って慢性疾患になってしまっている方、ハンディキャップを有する方、完全に治癒できない方をケアしていこうというのが地域包括ケアシステムですので、本当に予算化ができるのか具体的な数字は出せないと思います。療養病床と介護医療費の問題も国で整理中であり、具体的な数字や病院の表れ方が出ていない中で、どうするのか。予算化できるのか否かを聞きたい。また、在宅に回した場合に医療費の効果が指数として出せないというのはその通りだと思いますが、病院と在宅でみるのでは、在宅の方が費用は小さいから在宅に回しましょうという通知があるなら、それは間違ってはいないかということを示したい。ご家族の方が、療養型病床では全部みてくれるところを、在宅では病気で通院してそれ以外は家族で全部みるという、地域包括ケア体制ができていると言えるのかどうか。もしも、独居老人やひとり親だと支え切れないのではないかという点を評価し、対策を適正化の中に入れないと、間違った計画になるかもしれません。

**【磯会長】**

　最初の2025年における病床数の必要量の機能区分というのは撤回されたということでしょうか。

**【事務局（保健医療企画課）】**

　今、武本先生がご指摘されましたのは、資料３の13ページについて、地域医療構想の達成の結果、2025年には回復期病床が3倍必要だと内閣府サイドが言っている資料になるのですけれども、大阪府といたしましては、単純に国通知にありますように病床機能ごとの回復期の割合と必要病床数の割合を比較するわけではなくて、病床機能の中で、例えば急性期病床の病棟においても実態の割合をはかった上で、本当に必要な回復期病床の必要量を見極めていきたいと思っております。その進め方については、関係機関の先生方のご意見をいただきながら調整させていただいているところですけれども、次年度以降、地域医療構想会議や懇話会等で議論を進めていきたいなと考えております。

**【武本委員】**

　磯会長がご指摘されているのは、今年9月に厚生労働省地域医療計画課からの通知で、今までの地域医療の中の病床機能報告で回復期病床が著しく足らなくて急性期病床が著しく多いからこれを調整する必要があるという考え方ではない、と文書が出たということですね。

**【事務局（保健医療企画課）】**

　そちらの通知文については、平成29年9月29日に厚生労働省医政局地域医療計画課から都道府県あてに、地域医療構想・病床機能報告における回復期機能についてという通知が出ております。その中の文言で、「現時点で全国的に回復期を担う病床が大幅に不足し、必要な回復期医療を受けられない患者が多数生じている状況ではないと考えている。なので、病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量との単純な比較から、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足しているように誤解させる状況が生じていると想定される。このため、今後は、将来に向けて回復期の医療需要の増加が見込まれる地域では、地域医療構想調整会議において、地域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえて、十分に分析を行った上で検討してください」という通知が出ております。

**【武本委員】**

　会長、その通り正式に通知があったと確認できましたので、これまでの分析では不十分で間違っていたから考え直すよう、審議会でも第７次医療計画や適正化計画の中で、拙速な按分とか病床機能の見直しというところは避けていただきたいと、あえて発言させていただきました。

**【磯会長】**

　事務局でも、きちっと大阪府の状況を見ながらやっていくということですね。

**【事務局（保健医療企画課）】**

　はい。

**【磯会長】**

　この資料はつけない方がいいのではないですか。

**【健康医療部長】**

　８月の医療計画策定研修会の時点で厚生労働省が添付された資料とご理解いただけたらと思います。医療構想につきましては、厚生労働省の方も9月のもの含めて、考え方をいろいろと出されていますので、結果としてそれぞれの地域でどういうふうに進めるのかをしっかり考えろというのが、現時点の厚生労働省の通知でございますので、それを大阪府では保健医療計画の中でしっかりと考えているという状況でございます。

**【武本委員】**

　この資料は現時点では必ずしも当てはまらないということでよろしいでしょうか。

**【健康医療部長】**

　当てはまらないというところまでは、厚生労働省が否定はされていないのですけれども、実態に即して考えてくださいという通知です。

**【武本委員】**

　こうした不用意な軋轢を生むので、これは避けるべきだったと思います。

**【健康医療部長】**

　最終的な計画の取りまとめに際しては、十分注意したいと思います。

**【武本委員】**

　地域包括ケアについては。

**【事務局】**

　地域包括ケアについての予算化というのは、地域包括ケアシステムの構築に向けて、大阪府として具体的にどのような取組を進めていくのかという辺りの質問でよろしかったでしょうか。その点につきましては、例えば79ページでは在宅医療の事業を記載しておりますとともに、68ページでは高齢者の重症化予防の取組では、大阪府高齢者計画の取組を記載させていただいているところでございます。これらの取組につきまして、予算要求や議会の議決等を踏まえまして、取組を進めてまいりたいと考えております。また、後段で仰っておられました、在宅の方が費用が低いからそちらに回すというような考えについては、国も大阪府もそのようには捉えておりませんので、適切な方が必要な医療を受けられるよう機能分化連携等を進めていくという考え方でございます。

**【武本委員】**

　ぜひ予算化していただきたいというのと、見かけの医療費で家族の負担が出てしまうと、介護離職につながりますので、そういう政策にならないようお願いします。

**【磯会長】**

　個別のいろいろなケースがあると思いますので、個別のケースも見ながら進めてくださいということです。他に意見はございませんか。

　それでは、次の86ページから第5章の計画期間における医療費の見込みと、第6章の計画の推進及び評価について意見はございますか。

**【櫛本委員】**

　第6章の90ページのところにあるのですが、市町村の役割分担のところで2つ目の文章の、医療と介護の連携の推進に関しては、介護保険施設その他の介護サービスの基盤整備を担う立場の一つですとありますが、これは日本語として合ってますか。何のことかさっぱり分からないです。ここに書いてある介護保険施設や介護サービスの基盤整備が、どう医療と介護の連携につながるのか、これだけでは全然分からないので、ここは分かるような記述に改めていただきたいと思います。

**【磯会長】**

　どうですか。

**【事務局】**

　国の基本方針も参考に記載させていただいたところですが、ご指摘の通り分かりにくい状況になっておりますので、もう少し言葉を足して分かりやすい記述にさせていただきたいと思います。

**【櫛本委員】**

　医療と介護の連携というのは、ここで何を言いたいのですか。79ページにある地域包括ケアシステムの市町村の役割をここに書くというようなイメージでよろしいですか。

**【事務局】**

　今回のこの計画自体は医療費適正化計画ということで、主に医療分野の取組を記載するものではあるのですけれども、医療と介護の連携であったり、医療から介護への切れ目のない支援という観点から、主に介護保険施設や介護サービスの基盤整備を担っておられる市町村という立場も記載したものではございますが、確かに分かりにくい面もございますので、もう少し記載については検討したいと考えております。

**【磯会長】**

　法令によって市町村の立場は明確にされていないのですか。住民の健康保持・推進に関しては啓蒙しなければいけない、あるいはそこまではいえないが啓蒙するのが望ましいというものでしょうか。医療と介護の連携については、介護保険施設やその他介護サービスの基盤整備をするのが望ましいという立場ですか。

**【事務局】**

　実はこちらは国の医療費適正化に関する施策についての基本的な方針の「市町村の体制の整備」という項目がございまして、その中での「市町村との連携」というところに書いてある文章をそのまま採用させていただいている箇所ではあるのですけれども、おそらく、ここは先ほども申し上げましたように、元々市町村におかれては介護保険事業計画を策定される立場であったり、介護保険施設やその他の介護サービスの基盤整備という意味では、都道府県とともに市町村が保険者として整備される立場であると。そういう立場から、先ほど申し上げました医療費適正化計画ではありますけれども、介護側からも医療に対し、介護施設をきちんと整備することで医療も適切に提供されるような体制、これが地域包括ケアシステムであると思いますが、そういったシステムを構築する立場にあるということを記載しているのだと考えております。

**【磯会長】**

　大阪府として何をやるかという意思がよく分からないのですが。

**【事務局（保健医療企画課）】**

　おそらくここで書いてある趣旨としては、市町村事業の中に地域医療支援事業がございまして、その中で在宅医療介護連携推進事業というものがございますけれども、そちらの方が平成30年度から全市町村で実施するとなっていますので、そういったことを背景にして、国の方はこういった文章を出しているのではないかと。

**【櫛本委員】**

　その内容なら分かるんですけど、介護保険の施設や基盤整備するのが医療と介護の連携に直接的につながらないので、この文章がおかしいん違いますかと言っているのですよ。医療と介護の連携の部分の国が出しているそういう内容を入れてるんだったら分かりますけど、この施設と基盤整備だけでは医療と介護の連携につながらないでしょ。これは介護保険だけの世界なんですよ。連携するというのであれば、今仰っていただいた内容を入れて書いてくれたら分かるんやけども、そういう内容が入ってないからおかしいんちゃいますかと言っているんです。

**【磯会長】**

　それでは今の内容を踏まえて修正してください。

**【武本委員】**

　第7次医療計画と同じで、第6期介護保険計画がありますよね。その中で、医療と介護の連携、それから地域包括ケアシステムで地域の中で、みんなで見ていきましょうという中で、大きく足らないのはやはり高齢者住宅とか介護保険施設ですが、それを市町村に担うには予算が苦しい。それから特別養護老人ホームの建設には費用が必要であり、施設基準等で制限があるから作りにくい中で、介護施設や介護サービスの基盤整備、施設さえ作らせればいいということになっているのはちょっと違うと思います。そこは介護報酬でデイサービスなどを担うところは、重症化予防ないし介護予防のための運動リハビリをしないところは単位を下げるとか、リハビリするところは単位を上げるといったことを打ち出して、それを医療費適正化計画に反映させようという話が出ておりますので、市町村にも目標が分かるような文言の記載が必要ではないかと思います。百歩譲って「患者が後発医薬品を選択しやすくするための取組」と書いても、医療側はものすごく負担を感じていますので、「不適切な制度の下で」というニュアンスを入れていただかないと納得できません。

**【喜多委員】**

　武本先生のお気持ちもよく分かるんですけれども、現実はジェネリックというのはスタイルとして国が認めておりまして、我々保険者の側においても、被保険者の方、家族の方にジェネリック使ってくださいと、お医者さんにかかられたら、その度に差額通知を出してですね、月にどれくらいの違いがあるかまで全部作っているわけなんで、結構費用もかかるんですよ。それでもですね、先生が仰るようなスタイルで国が一定の方針を決めてくれたらいいんですけど、今の現状の中では我々としては、被保険者がジェネリックをどれだけ使っているかを毎年国に報告することになっているんですね。

それによって我々もプレッシャーを与えられているんです。我々も上げるために努力をしているということなので、不適切とまで入れるのは行政側でもちょっと無理ではないかなというふうに思っているんです。我々は我々で先生が仰っていただいたようなスタイルに、少なくとも全部の先発医薬品が一定の期間を過ぎたら一定の価格になると、そういう形で言ってくのはいいのではないかと、うちの健保連からも発信していますので、思っているところは大体みんな同じだと思うんですよ。今の現状で府にそこの文言のところは厳しすぎると思うので、ご勘弁願いたいかなと思います。

**【磯会長】**

　他にございますか。

**【尾島委員】**

　的外れかもしれませんが、例えば頻回受診や重複投与や重複受診の問題で、昨年より医師・歯科医師が受けておられる認知症対応力養成事業というのが始まっております。我々、薬剤師会としては、認知症を早めに発見して、主治医の先生方に伝えて、それから家族やケアマネージャーに相談することで、先ほど言いました重複受診とか頻回受診とか重複投与、多剤投与は減ってくるんじゃないかなという認識で我々いるんですけれども、ここの中を見たら全体的に認知症に関わる内容が全くないように感じているんですけれども、そこはほっといていいのかというところです。

**【事務局】**

　こちらの分析について、医療のレセプトデータから分析したものでして、残念ながらその中ではどなたが認知症にかかっておられるかが分からない状況にございます。実際は先生ご指摘のように、認知症の患者さんは重複や多剤になってしまっているケースもあるでしょうし、あるいは精神疾患をお持ちでどうしてもたくさんの薬を手元に置いておかないと不安だということから、重複薬剤になってしまっているということも実態としてあるのではないかなと考えておりまして、実際、保険者さんでありますとか協会けんぽさんにおかれては、そういった方がどんな患者さんなのかというところまで分析をされて、やはり精神疾患が多いということを突き止められているものもありまして、それに対しては大阪府こころの健康総合センターという精神患者さんへの支援を行う相談機関がございまして、そことも連携されて啓発の文書をお送りされたり、サポートを行われたりというような支援もあるとお聞きしておりますので、そういった取組を先ほど少し申し上げましたが、府内の参考になるような取組をコラムのような形で掲載させていただいて、府内の保険者さんや市町村さんにも参考になればと考えております。

**【山本委員】**

　国保連でございます。国保連につきましては、被保数の減少でありますとか、市町村の財源が厳しい状況等を踏まえまして、大変運営が厳しい状況になっております。今回、第4章で保険者の役割をいろいろと書いていただいておりまして、一つひとつについて、これはおかしいんじゃないかというように申し上げることはございません。最終的には私も保険者協議会として協議いただきますが、一点文言についてのお願いではなく、大変そういう厳しい状況でございますので、実際に高い指標を掲げていただいておりまして、これおかしいじゃないかというのはなかなか言いづらいわけですけれども、実際問題として市町村や国保連でそういう取組ができて、こういう指標が達成できるかというと、非常に厳しい状況であることをご理解いただきたいということと、先ほどの部長の挨拶にもありましたけれども、来年から大阪府も国保の保険者になられるということですので、是非ですね、そういう市町村保険者、国保組合の保険者、皆さんの厳しい状況を踏まえていただいて、積極的に保健事業に対して大阪府として一層の連携、支援をいただきますように、第6章の（２）で大阪府の役割についてご記載いただいておりますが、これはお願いとさせていただきます。もう一点、確認というか先ほどの議論の蒸し返しのようで誠に恐縮なんですけれども、89ページの適正化効果額のところでございます。先ほど、ご説明の中ではですね、2018年から2023年まで掲載するか考えないといけないということでございましたけれども、私が申しあげるべきことか分からないですが、2018年度に後発医薬品で222億円の効果額をあげるということになっています。適正化効果額の計が287.5億円ですので、ほぼ全てが後発医薬品の使用促進によるものだということになります。この目標が国の推計ツールによるものであれば仕方がないということとか、平成25年度がベースになっているとお聞きしておりましたので、すでに4年ほどが経過しておりますので、この222億円の内、相当数達成しているということであれば、この数字も一定我々の努力によって達成可能な範囲なのかどうかはよく分かりませんけれども、そこのところ計画でありますので達成度を求められてくる。そうすると保険者は何をやってたんだということになりますので、この222億円、2023年度には248億円というものすごい金額が本当に計画としてふさわしいのかということですね、その辺りを計画を策定する段階において、きちんと見極めておいた方がいいのではないかなというところでございます。

**【事務局】**

　後段の後発医薬品の促進による効果についてですけれども、念のため算出式についてもう一度説明をさせていただきますと、本編の87ページの（ウ）で、後発医薬品の促進による効果というものを記載させていただいております。これは平成25年10月時点で後発品のある先発品を全て後発品に置き換えた場合の効果額、これが実は国の推計ツールで自動的に決められているのですが、1番安い薬に置き換えた場合の最大の効果額を使うということで、これは都道府県では変えることができない数字になっているのですけれども、これを基準値とすることが一点。あとは、平成25年10月の時点の数量シェアを用いて算出するとありますが、これが何％かに関わらず、この計算式を見ていただくと、0.8－0.7とありますが、70％から80％に10％引き上げた場合をそれぞれ年度ごとに出していくという式になっております。ここに記載のものは、平成25年度の入院外医療費×平成35年度の入院外医療費ということで、25年度の医療費全体のバージョンを35年度の医療費全体のバージョンに置き換えた場合となっておりますが、89ページに記載の2018年度から2022年度の数字については、平成35年度と書いてあるところが、それぞれ34、33というように置き換わった数字になっております。ということから、2018年度から2022年度までも全てが70％から80％に引き上げた場合の効果額ということで計算されていますので、こちらのなお書きで書いてありますとおり、本来であれば徐々に80％を達成すべきところ、非常に高い効果額が算出されてしまっているという状況でございます。元々の適正化方針においては、平成35年度の医療費見込みという形での計算式だけが書かれてある状況でして、一方で推計ツールでは年度ごとの数字も出てくるということで、少し齟齬もございますので、そこは国にギリギリまで確認はしつつ、毎年度の評価にあたってはそこが不当に吊り上げられて達成できないとならないように、きちんと評価できるような形にしていきたいと考えております。

**【磯会長】**

　よろしいでしょうか。

**【武本委員】**

　平成29年度第1回大阪府後発医薬品安心使用促進のための協議会で委員が仰ったのは、現在の65％から70％、80％に上げるのは薬局側からすごく説明したり、患者さんサイドから嫌だと言ったり、医療機関で使う抵抗や渋りがあったり、後発医薬品メーカーに対する不信があったり、安定供給に対する不信感があるなど、非常に苦労しており、80％まで上げるのは厳しいとの見通しでした。80％まで上げろということですので、これを押し付けられるのなら、もう一度87ページをご覧いただいて、全部先発とジェネリックを同じにしたら、あとの割り算の式はいらないわけですよね。多くの皆さんが負担を感じさせられている中、達成できない場合には医療費適正化計画の評価で、かなり不適切なPDCAのアクションしかしていなかったとなるのは、かなり辛いなと思います。それから、「不適切」という文言を入れるのは辛いなら、強い文言にならないような程度で入れていただけたらと考えます。

**【福原委員】**

　79ページの医療機能の分化、地域医療構想については先ほど話しがありましたように、まだこれからでありまして、2025年の病床数や4つの病床分類についてはその地域ごとの実状に応じて議論するという段階でございます。ここについては、従来の厚労省の文書が書かれていますので。地域包括ケアシステムについては、これを構築するというのは大事なことであって、この79ページの一番下のところにある在宅医療・地域包括ケアシステム推進のためのというところ及び90ページの市町村のところを見ても、地域包括ケアシステムが医療費適正化計画にどう良い影響を与えるのかということが全然分かりません。それから、地域包括ケアシステム＝在宅医療あるいは連携だけではないというのも大事な一部分でありますけれども、住宅の問題であったりコミュニティの問題であったり、以前には自助・公助・共助というような精神でやるということもあった。地域包括ケアシステムを構築するという観点からいうと、これだけでは不十分だし、医療費適正化計画と地域包括ケアシステムとの関連性についても不足していると思います。

**【磯会長】**

　文言としてはどのあたり。

**【福原委員】**

　79ページ。

**【磯会長】**

　ここは医療費適正化と福祉にも関係してきますか。

**【事務局】**

　地域包括ケアシステムにつきましては、大阪府高齢者計画や大阪府保健医療計画に、先生ご指摘の在宅医療だけではなく、医療と介護の連携であるとか、住まいや生活支援サービスの問題を含めた、大きな取組について記載させていただいているところでございます。ここでは特に医療費に関係するというところで、医療分野である在宅医療でありますとか、医療と介護の連携、それらを支える多職種との連携について記載をさせていただいているところでございますが、確かに先生仰るように、地域包括ケアシステムを構築することが医療費適正化にどう資するのかというところにつきまして、ここのページがいいのか、もっと前段の課題と方向性のところがいいのか検討しますけれども、分かるように工夫したいと思います。

**【武本委員】**

　福原先生が仰ったように、療養病床の入院患者を在宅に回したら医療費適正化につながるのではないことを遠回しに質問しました。

**【磯会長】**

　そこについてどうですか。

**【健康医療部長】**

　79ページの施策6－1と6－2について仰っていただいたように、地域医療構想の実現や地域包括ケアシステムの実現が医療費適正化にどうつながるのかというのは、これは非常に抽象的な理念として、これから後期高齢者が増えていく中できちんと生活の質を保証しながら、なおかつ効果的、効率的に医療提供体制を整えるという根本的な考え方だと思います。そこをきちんと書き込むことで、ご了解いただけたらなと思います。武本先生仰った、療養病床についてはもう少し実態を見て、保健医療計画の方で個別に圏域ごとで計画的に議論していきたいと思いますので、医療費適正化計画につきましてはそこの考え方を書き込んでまいります。

**【武本委員】**

　厚生労働省から「急性期病床はお金がかかる。回復期病床は点数が低い。だから急性期を減らして回復期を増やす」ということを医療費適正化計画の目玉に据えているとの考え方にはなってほしくない。今年9月の医療経済実態調査結果で、病院は本当に大変です。急性期病院も含めて大学病院ですら、一部の大学病院を除き赤字ですよ。さらに地域医療構想の中で機能縮小されると我々としては外来によって後方支援病院を確保できないという問題になるし、医療資源が減少し、どこに入院させたらいいのかとなる。切実な思いがあるので、あまり過激な文言にしていただきたくないと考えます。

**【事務局】**

　先ほどの（福原委員の）ご指摘ですけれども、58ページ「２．医療の効率的な提供の推進」というところで、「高齢化の進展に伴い、医療需要の増加と疾病構造の変化に対応した医療提供体制の構築が求められています。また、団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据え・・・」、とあり、右側に地域包括ケアシステムの辺りのことが書かれておりますので、ここの表現につきまして、これで十分かどうかというところを検証していきたいと思います。

**【磯会長】**

　他にございませんか。生野先生どうですか。

**【生野委員】**

　ずっと聞かせていただいておりましたが、膨大な量をこの時間で解決しようとすると大変難しいですが、まず後発医薬品の考え方は急性期病院がDPCという支払制度で後発医薬品を使わないと成り立たない。これを徹底的にやる、90％以上くらい。今、全体として80％、70％というとこだが、これを90％以上にする。導入までは心配なことがいっぱいあったんですけれども、医薬品が悪いんちゃうかとか、副作用が出るんちゃうかとか、薬品も足りなくなるんちゃうかとか、これをみんなクリアして、まだ問題はちょこちょこあるんですけど、一応、院内の先生方、勤務医の先生方はこれで納得し平穏にいってる。これをもうどんどん進めて100％いく。227というのはよく分かるなと。それから新薬ができます。これがまた非常に高い薬価で出てきたら、値段を下げていくと。このサイクルが回っていくので、薬については適正化されるということ。一般的に、適正化というのは医療費を減らすということではない。医療費を適正化するのではなくて、医療の使い方の適正化。これは現場を見ている者にとっては正しいことで、多剤とそれからお薬手帳で服薬指導がちゃんとできていないんじゃないかというのは全くその通りで、1つの家庭にこんだけ薬が出ているということで問題になる。これは適正化していこうじゃないかということ。武本先生がだいぶ病院のことを援護していただいて、診療報酬が上がった理由は医師会とか全体が病院の経営が大変だということで上がっております。それには地域医療構想を早くやることだと思います。もたもたしすぎだと思います。もっと早く機能役割分担を決めるべきだと思います。これがいじくり回されて、例えば療養病床が何回も6年ごとに延びていって、機能、役割を変えなあかんと思っている時にまた延ばされるということで、民間の虚弱な病院はそれでも利益が出ているのはそれでも延ばしていっている、でも思いきれないということがあるので、本当は国の方が決めるんだったら早く決めろよと。急性期も多いと言っているのは、本当は実態は違うと思います。急性期と名乗らないと仕方がない病院がたくさんあって、本当に急性期が多いのではないと思いますね。それから回復期は足りないというのは、回復期の定義にする患者さんというのがある一定はあるわけで、これを収めるベッドが多いか少ないかを言っている。これも早く決めようよと。例えば、高度急性期と急性期の定義が全くできていない、大学の高度急性期と1000床以上のベッドだと名乗っているのを早いことそうじゃないでしょと、高度急性期は200、あとは急性期でしょとか、こういうことを言っている間に、ころっと10対1、7対1の基盤は外して、10対1の基盤にしようと、いわゆる入院基本料、あるいは我々が機能分担、機能役割を言っていたところの定義を変えてしまった、これが全て悪いんです。医療費を抑制する、おさえるために7対1の、医療とか介護とかは問題じゃなくて、お金が高いから。看護は良いのが7対1で決まってるんですよ。十分な看護ができているけど、これがちょっと楽になっているんじゃないかと、我々も分かるんですね。そこを変えていこうと、ガラッと診療報酬を変えて、体系を変える、看護協会あるいは医者の仲間も、急にやめてくれてはいいんだけど、医療費にはいよいよ火がついているので、今度の4月に変えるということ。これは医療費抑制であって、適正化ではないかもしれませんね。適正化は機能分担、役割分担を早く決めることだと思いますね。それが医療費抑制とこんがらがっちゃって、ここでやってる医療費適正化は医療費という名前が付いてるからいかんのですけど、本当は医療適正化、医療と介護の適正化というので。もう一つ聞いていて思ったのは、地域包括ケアシステムのところでは、医療と介護と、あと5つのファクターがあって、地域がそれぞれが医師会と、医師会が医療の旗頭であって、そこへ病院も含まれてくる。そして、介護は自治体、市町村、小さな市町村。これがもっと早くひっついて、地域包括ケアシステムを動かしていくのがやはり遅い。大阪は特に遅いので、地域包括ケアシステムが遅れている。遅れている中で、地域包括ケアシステムで医療費をやっつけようとかではないと思う。システムを作ろうと言っているところで、こんなお金を減らすためにこういう言葉を使って書くのはいかんと思いますね。全然関係ないことですよ、これは。地域医療構想はやはり機能役割分担の話であって、医療費を抑えるものではないです。地域包括ケアシステムは介護医療のためにやっているのではなくて、システムを作って地域のためにすると思って、先生聞いていたんですけれども。

**【磯会長】**

私も7、8年前から適正化に関する委員会のまとめ役をさせていただいていますが、最初に委員が仰ったように、お金の問題は後から付いてくるので、システムとして医療の無駄をはぶき、本当に必要なところに医療資源を投入するというのが最初の考え方です。生野委員が仰ったように、国は財政面でお尻に火がついてますので、医療費、医療費と言っている状況と思いますが、大阪府としては、きちっとした計画を作って、その後に医療費の適正化がついてくるという、そういった気持ちで計画を改訂していっていただけたらと思います。

それでは時間がきましたので、最後の議題に入ります。その他について事務局から。

**【事務局】**

　事務局です。今後のスケジュールについてご説明させていただきます。本日いただきましたご意見を事務局にて整理のうえ、１月上中旬を目途に素案に反映いたします。その後、１月中下旬頃より市町村や保険者協議会への協議、パブリックコメントを実施し、それらの意見を事務局にて整理のうえ、本計画案に反映いたします。事務局からの最終案は、３月２６日に開催予定の第３回医療費適正化計画推進審議会にてお示し、計画を固めていきたいと思っております。委員の皆様には、引き続き、医療費適正化計画策定にご協力いただきますようお願いいたします。事務局からの説明は以上でございます。

**【磯会長】**

　はい、ありがとうございます。それでは本日の会議は終了いたしたいと思います。委員の先生方、活発なご議論ありがとうございました。それではマイクをお返しします。

**【事務局】**

ありがとうございます。また、本日の委員の皆様のご意見を踏まえた素案の修正版につきまして、来年１月中にご説明回りをさせていただきたいと考えております。こちらについても改めて日程調整をさせていただきますので、よろしくお願いいたします。本日はこれで閉会とさせていただきます。ありがとうございました。

以上